UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 30

SUR DEUX CAS

D'ASPHYXIE LOCALE DES EXTRÉMITÉS

CHEZ LES PALUDÉENS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Février 1922

PAR

Emmanuel IMBERT

Né à Nantes, le 24 décembre 1897

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DUCAMP, professeur, *Président.*
GRANEL, professeur. } *Assesseurs*
EUZIERE, agrégé.
MARGAROT, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 30

SUR DEUX CAS

D'ASPHYXIE LOCALE DES EXTRÉMITÉS

CHEZ LES PALUDÉENS

*

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Février 1922

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Emmanuel IMBERT

Né à Nantes, le 24 décembre 1897

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DUCAMP, professeur, *Président.*
GRANEL, professeur.
EUZIERE, agrégé. } *Assesseurs.*
MARGAROT, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON. GRYNFELTT
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale	TEDENAT. FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr. GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT. GAUSSEL. EUZIERE. RIMBAUD. MARGAROT.	Chirurgie	MM. RICHE. ETIENNE. LAPEYRE.
Anatomie	DELMAS (J.)	Accouchements	DELMAS (P.)
Chimie	MESTREZAT	Histoire natur.	GALAVIELLE CABANNES.
		Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. DUCAMP, prof., *président*	MM. EUZIÈRE, agrégé.
GRANEL, professeur.	MARGAROT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

E. IMBERT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

E. IMBERT.

SUR DEUX CAS

D'ASPHYXIE LOCALE DES EXTRÉMITÉS

CHEZ LES PALUDÉENS

INTRODUCTION

Si avant la guerre 1914-1918 le paludisme était bien connu des médecins militaires et des médecins de colonisation, il était en revanche à peu près complètement ignoré de la majorité des praticiens.

Les malades atteints de fièvre palustre et envoyés dans différents hôpitaux de France, ont permis la vulgarisation de l'étude de cette maladie dont rares sont aujourd'hui les médecins qui en ignorent la symptomatologie.

Grave déjà par un pronostic souvent sombre, le paludisme l'est aussi par les complications tardives ou précoces qu'il peut produire; parmi ces complications, la maladie de Raynaud, bien que remarquée depuis longtemps chez des paludéens, ne fut que depuis peu reconnue comme complication possible du paludisme.

Deux de ces cas, un observé à Lyon dans le service du docteur Morel et un à Montpellier dans le service du professeur Mairet feront l'objet de ce modeste travail.

L'intérêt des observations n'est pas seulement médical mais aussi médico-légal.

En effet, tout d'abord, il nous permet en face d'un malade atteint de maladie de Raynaud de penser au paludisme comme cause et de prescrire la quinine comme indication thérapeutique.

A côté, il existe un intérêt médico-militaire, au point de vue des soins gratuits à donner aux anciens mobilisés, car en effet un ancien paludéen qui, aujourd'hui, fait de l'asphyxie locale des extrémités, peut avoir recours à l'assistance médicale gratuite.

HISTORIQUE

Déjà dans sa thèse de doctorat, en 1862, Raynaud cite deux observations d'asphyxie locale des extrémités chez des malades atteints de fièvre intermittente, mais il ne voit là qu'une simple coïncidence. Sept ans plus tard, Rey d'une part et Marroin d'autre part, ont publiés chacun une observation de maladie de Raynaud chez des malades atteints d'infection palustre.

En 1874, Charpentier publia l'observation d'un paludéen ayant à plusieurs reprises présenté de l'asphyxie locale des extrémités, et Duroziez émit l'idée que peut-être ce syndrome était-il une localisation particulière de la fièvre intermittente. Trois ans plus tard, Calmette rapportant plusieurs faits analogues considérait comme accidentelle la présence simulanée d'infection palustre et de maladie de Raynaud. Enfin, en 1880, Moursou établissait les relations entre ces deux maladies et un an plus tard, Boy, dans sa thèse, nous disait: « Les rapports de l'asphyxie locale des extrémités avec l'impaludisme sont aujourd'hui admis avec raison par la plupart des pathologistes ».

Enfin, en 1883, Verneuil et Petit publièrent dans la *Revue de Chirurgie,* un mémoire intitulé « Asphyxie locale et gangrène palustre » qui devait définitivement mettre la question au point. Bien que cela les observations de ce

genre si elles ne sont point très rares ne sont pas non plus très fréquentes.

Bassères en publie un cas en 1910 dans les *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires.*

Sorel en constate deux cas dans les hôpitaux de Toulouse et, à part cela, on ne trouve que des observations de gangrène palustre massive et d'endartérite oblitérante des grosses artères.

SYMPTOMATOLOGIE
DU SYNDROME DE RAYNAUD

Raynaud a dans l'asphyxie locale des extrémités, décrit trois stades:

1° La syncope locale;
2° L'asphyxie locale des extrémités;
3° La gangrène.

1° Cette maladie qui se localise aux extrémités plus fréquemment aux doigts qu'aux orteils, débute par de la pâleur avec une disparition complète de la sensibilité au tact et à la douleur, et conservation de la sensibilité à la température, tout cela évoluant progressivement avec un certain état parétique. Ces quelques symptômes reviennent par accès, ne durant parfois que quelques minutes et d'autrefois durant des heures.

Plus tard apparaît la sensation d'onglée.

2° Dans la deuxième phase, il existe un état de cyanose plus ou moins marqué, pouvant aller du blanc-bleuâtre au noirâtre. Des troubles circulatoires sont nettement mis en relief par la pression du doigt.

Dans certains cas, on note du gonflement alors que dans la première phase de syncope, il paraît au contraire qu'il y a diminution de volume. Ce gonflement n'est pas œdémateux. Au niveau des extrémités atteintes, la tempéra-

ture est notablement abaissée, et Raynaud cite le cas d'un malade observé par Marchand chez qui la température au bout des doigts était de 13°1.

L'anesthésie est absolue et il existe un état parétique très marqué.

Enfin, à la dernière phase, apparaît la gangrène et l'on se trouve en face de phlyctènes, d'escarres, etc., par cheminement parfois, ces trois modalités sont associées.

Bien que ces troubles soient graves, ils ont tout de même un pronostic relativement bénin.

Une des particularités les plus étonnantes de la maladie de Raynaud est la symétrie des accidents. Les cas asymétriques sont plutôt rares, on connaît ceux de Colson, de Dominguez, de Parkinson, de Raynard. D'autres fois, comme le cas d'Hallopeau, il y a symétrie mais pas simultanéité, un membre n'étant pris que six mois après l'autre. L'évolution n'est pas régulière et la maladie évolue par accès, se renouvellant assez fréquemment et pendant une durée fort longue.

ETIOLOGIE
ET PATHOGENIE GENERALE

L'étiologie de la maladie de Raynaud est des plus complexes.

Elle se rencontre plus volontiers chez l'homme que chez la femme et la syphilis, la tuberculose et le paludisme en sont les causes les plus fréquentes.

Pour montrer les associations de ce syndrome nous allons emprunter à la thèse de Goubet, le tableau suivant:

Albuminurie	Roques.
Aménorrhée	Byers, Marcel Sée.
Anémie, chlorose	Raynaud.
Angine de poitrine	Mourson.
Artério-sclérose	Bouveret.
Cardiopathies	Bret et Charlier.
Choléra	Reicht.
Diabète sucré	Raynaud, Verneuil.
Dilatation hématique	Souques, Vincent.
Diphtérie	Hyde et Powel.
Fièvre typhoïde	Richard.
Grippe	Faure, Laurentie.
Hémiplégie	Raynaud.
Hémoglobinurie	Monod.
Hydrocéphalie	Barlow.
Insuffisance aortique	Monro.

Intoxications (alcool, Pb, As)	Lancereaux, Combemale.
Ergotisme	Raynaud.
Mal de Pott	Legroux.
Néphrite	Debove, Gibert, Ingelrans, Pitres et Vaillard.
Névrite	
Pachyméningite cervicale	Vaillard.
Paludisme	Raynaud, Durozier, Mourron, Comette, Verneuil, Bassères.
Paralysie générale	Iscovesco.
Pneumonie	Dufour.
Rétrécissement mitral	Muller, Milne.
Rhumatisme	Collevile.
Scarlatine	Chevron.
Sclérodermie	Dufour, Hallopeau.
Syphilis	Elsenberg.
Tuberculose	Courmont, Roques.
Tuberculose génitale	Pousson.
Variole	Defrance.
Varicelle	Bellamy.

De ce tableau, il est facile de voir que la maladie de Raynaud reconnaît comme causes de très nombreuses maladies, mais surtout des maladies infectieuses.

La syphilis tout d'abord joue le plus grand rôle et une réaction de Bordet-Wassermann doit toujours être faite. A côté, le paludisme et la tuberculose occupent une grande place.

Plusieurs théories ont été émises.

I. — *Théorie nerveuse.*

Raynaud nous dit: « Une névrose caractérisée par l'énorme exagération du pouvoir excito-moteur des portions

grises de la moelle qui tiennent sous leur dépendance l'innervation vaso-motrice. ». Vulpian admet la même théorie. Pitres, d'une part, Grall de l'autre, invoquent les lésions nerveuses centrales ou périphériques.

II. — *Théorie vasculaire.*

Garrigues, dans sa thèse, conclut ainsi : « Nous pensons que toujours le syndrome de Raynaud s'accompagne et provient de lésions vasculaires ».

La théorie vasculaire reconnaît à l'asphyxie locale des extrémités, deux facteurs : le premier, le plus important, l'artérite ; le deuxième, secondaire, l'angiospasme.

Ce qui fait la difficulté de la vérification de cette théorie au premier stade, provient de la rareté des autopsies.

III. — *Théorie toxi-infectieuse.*

Nous avons vu que dans l'étiologie de la maladie de Raynaud, on rencontrait souvent des maladies infectieuses, pouvant agir soit directement par leur virus, soit indirectement par les lésions qu'elle détermine.

IV. — *Théorie endocrinienne.*

Fontaine, en 1912, dans sa thèse de doctorat, expose une théorie endocrinienne de la maladie de Raynaud, il se base sur le fait que la sclérodermie et la maladie de Raynaud ont de grandes ressemblances et s'associent fréquemment.

De toutes ces théories, une plus que tout autre, a au-

jourd'hui la faveur des auteurs, c'est la théorie vasculaire. Cette préférence se base sur deux faits:

1° Fréquence de maladies à déterminations vasculaires dans les antécédents;

2° Constatation d'altérations vasculaires au niveau des régions atteintes.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Inédite)

Le 8 mars 1917 est évacué sur l'Hôpital complémentaire n° 10 (rue Tissot) à Lyon, dans le service du docteur Morel, N..., 27 ans, soldat au 5e régiment d'infanterie coloniale, pour accès de paludisme.

N... avant la guerre était en excellente santé et on ne trouve absolument rien de pathologique dans ses antécédents, soit personnels, soit héréditaires. ,

A fait le début de la campagne en France, a été blessé au bras (séton du biceps par balle) en 1915, a fait la campagne des Dardanelles dans un bataillon de zouaves et est allé sur le front oriental en septembre 1916.

Le malade nous dit avoir présenté son premier accès de paludisme le 4 janvier 1917, accès ayant duré quinze heures et pendant lequel il aurait eu une température de 41°1; la quinine le fit cesser assez facilement.

Un deuxième accès quelques jours plus tard, le fit évacuer sur l'Hôpital de Zeitenlik; à l'accès suivant, on constata du plasmodium falciparum dans le sang.

Au bout d'un mois et demi d'hôpital, il fut évacué en France.

A son arrivée à Lyon, l'examen nous montrait un malade présentant un degré assez avancé de cachexie palustre avec splénomégalie assez prononcée. Un premier accès nous révéla du plasmodium falciparum.

Quelques jours après son arrivée et pendant un accès, le malade se plaint de douleurs au bout des doigts et, à l'examen, on constate en effet que les doigts sont blancs mats, qu'il existe un certain degré de parésie et des différents modes de sensibilité; seule la sensibilité à la température est conservée. Le soir, à la contre-visite, nous nous trouvons en face de doigts présentant un aspect cyanotique avec des troubles circulatoires très marqués.

Près des ongles, la peau est plus foncée, il existe un léger degré de gonflement, mais sans œdème.

La température locale prise nous donne 14°2, malgré une hyperthermie générale chez le malade.

On fit administrer 2 grammes de quinine au malade et on lui ordonna des injections de cacodylate suivant la technique que nous indiquerons plus loin.

Observation II

S..., 31 ans, soldat au 19e régiment d'artillerie, entre au service de M. le professeur Mairet à l'Hôpital Général de Montpellier, le 18 décembre 1918, pour crises d'épilepsie jacksonienne, consécutives à une blessure du crâne par éclat d'obus.

Quelques jours après son entrée dans le service, il se plaint de sensation d'engourdissement des doigts et des orteils qui étaient pâles, froids et complètement insensibles; le lendemain, à la visite, les doigts sont couleur ardoise, avec un liseré franchement noir, entourant les on-

gles, légèrement gonflés; l'anesthésie est absolue et il y a perte du sens des attitudes.

Devant ce tableau clinique, on n'hésite pas de poser le diagnostic de maladie de Raynaud et l'on pense à la syphilis comme étiologie; une réaction de Bordet-Wassermann dans le sang se trouve négative. Devant ce résultat, on interroge plus soigneusement le malade qui présente un certain degré d'abrutissement et celui-ci nous dit qu'il a contracté le paludisme deux ans auparavant et que son dernier accès a eu lieu, il y a cinq mois.

Un traitement à l'air chaud et au cacodylate de soude à dose massive, a tout ramené dans l'ordre normal en quelques jours.

DISCUSSION

ETIOLOGIQUE ET PATHOGENIQUE

Dans les deux observations que nous relatons, nous pouvons voir que, pour l'une, les accidents d'asphyxie locale sont survenus durant la période active de l'infection palustre, au lieu que, pour l'autre, le syndrome de Raynaud n'est apparu que beaucoup plus tardivement, alors que déjà, depuis longtemps, le malade était sujet à des accès de paludisme.

Ces constatations nous amènent donc à nous poser une série de questions dont la première est: si, suivant l'avis de Calmette, il ne s'agit pas plutôt d'une coïncidence ou si au contraire l'une est conséquence de l'autre. De cela découle de savoir si on peut considérer la maladie de Raynaud comme une paludose. Une seconde question se pose aussi, savoir si le paludisme est assez puissant pour, à lui seul, déterminer ce syndrome ou s'il n'est qu'une cause adjuvante ou favorisante.

Enfin, la dernière question est de savoir comment il agit.

La maladie de Raynaud peut-elle être une paludose?

Des vingt-huit observations que nous avons recueillies dans la littérature médicale et dont parmi lesquelles celles au moins de Bassères et de Sorel sont suffisamment détaillées, il n'est pas douteux que le paludisme ait été pour quelque chose dans l'apparition des accidents. Il

s'agit de sujets paludéens avérés et anciens ne présentant ou ne paraissant pas présenter d'antécédents morbides et qui, soit au cours d'accès, soit dans la période suivant les accès ont présenté des accidents asphyxiques localisés aux extrémités.

Dans la première des deux observations inédites que nous rapportons le sujet ne présente aucun antécédent personnel ni héréditaire, pouvant avoir un rapport avec le syndrome de Raynaud.

Le second est un homme présentant des crises d'épilepsie jacksonienne consécutives à une trépanation et si le premier sujet la réaction de Bordet-Wassermann n'a pas été faite et par là même la possibilité de syphilis écartée, au contraire, pour celui-là, la réaction s'est montrée négative.

Bien que Verneuil et Petit viennent avec juste raison faire remarquer l'extrême rareté des accidents d'asphyxie locale des extrémités, parmi le très grand nombre de paludéens, il est tout naturel chez un malade de rapprocher le syndrome de Raynaud de la seule maladie qu'il ait eu antérieurement. D'autre part, il est à remarquer que, dans la plupart des observations rapportées, les accidents d'asphyxie coïncident avec des accès de paludisme, ou d'autres fois, au contraire, ces accidents réactivent un paludisme latent.

D'autres observations nous montrent des malades âgés (obs. II de Calmette) qui, déjà syphilitiques ont présenté tout ce qu'il fallait pour faire un syndrome de Raynaud et chez qui pourtant seulement le fait de contracter une infection palustre, a déterminé l'apparition de symptômes asphyxiques graves.

La phrase de Grasset: « Quand une coïncidence se répète aussi souvent, elle commence à mériter notre atten-

tion et semble prendre une vraie valeur étiologique », nous montre la valeur de l'argument invoqué par certains comme quoi il n'y aurait pas relation, mais simplement coïncidence.

Enfin, la quinine médicament véritable spécifique du paludisme, fait disparaître ou au moins diminuer l'asphyxie en même temps que les accès et à ce propos, nous avons le droit d'invoquer le vieil adage latin: « *Naturam morborum curationes ostendunt* ».

Mode d'action du paludisme. — Monrron qui, le premier, souleva cette discussion, voyait une irritation de la moelle par les dépôts mélanémiques, la moelle excitée produisait le spasme des vaisseaux des extrémités.

Verneuil et Petit d'un côté, Laveran de l'autre, ont pensé que le paludisme n'agissait qu'en augmentant la sensibilité au froid et au chaud.

Le malade de Bassères étant porteur d'une hyperhydrose des extrémités, lui fit penser que l'infection palustre avait seulement agi en exagérant les troubles vasomoteurs chez un sujet prédisposé.

Armand-Delille, Paisseau, Alamartine, qui, en Orient, ont observé de nombreux cas de gangrène palustre, se sont ralliés à l'idée de Grall et Alamartine dans la *Presse Médicale* du 21 août 1919, pouvait écrire: « A côté des lésions vasculaires à minima du type de la maladie de Raynaud, il faut placer les lésions à maxima capables de déterminer des gangrènes massives des membres ».

Nous nous rattacherons à cette théorie car le paludisme n'échappe pas à la loi de pathologie générale qui veut que toute maladie infectieuse soit capable de produire des lésions artérielles. Actuellement, la théorie la plus en vogue de la maladie de Raynaud est la théorie vasculaire. Gold-

schmitt et Delsio ayant fait un examen anatomo-pathologique complet de ces lésions, constatent que la gaine des vaisseaux était toujours plus ou moins atteinte d'endophlébite ou d'artérite.

En effet, il serait difficile d'expliquer des troubles trophiques aussi importants, seulement par spasmes et en dehors de tout substratum anatomique.

Dans les cas de gangrène palustre des gros troncs vasculaires présentant des lésions d'endartérite et il n'est pas douteux que le processus soit le même pour les capillaires dans la maladie de Raynaud.

Tout d'abord, du fait de l'artérite, les filets terminaux des nerfs vaso-moteurs vont déterminer des spasmes par voie réflexe, plus tard l'artérite devient oblitérante, les tissus mal nourris se gangrènent. Cette façon d'agir du paludisme est singulièrement proche de celui de la syphilis dans la maladie de Raynaud.

Mais à côté de cette théorie, nous devons penser que si les déterminations vasculaires du paludisme ne sont pas rares, les déterminations nerveuses sont de beaucoup plus fréquentes; et c'est alors un système nerveux déficient qui donnerait des troubles trophiques graves. Dans ce cas, il existerait, des troubles sensitifs et moteurs très importants qui font défaut.

Donc, l'infection palustre, agissant comme la syphilis, ou la tuberculose, invoquées si rarement dans l'étiologie de la maladie de Raynaud produit des lésions d'endartérite et de vascularite qui sont le point de départ de la maladie de Raynaud.

Ce sont les lésions artérielles à minima d'Alamartine.

TRAITEMENT

La maladie de Raynaud n'occupe qu'une petite place parmi les nombreuses complications précoces ou tardives de l'infection palustre mais malgré cela en dehors d'une thérapeutique générale que nous allons rapidement esquisser, il doit être fait un traitement local.

Traitement général. — Lorsque les premiers accidents d'asphyxie locale des extrémités apparaissent et s'ils reconnaissent le paludisme comme étiologie, c'est à la quinine que l'on doit toujours avoir recours.

Si nous examinons en effet d'un peu près l'observation de Bassères, nous croyons que les accidents asphyxiques augmentent ou diminuent ou même disparaissent suivant que le traitement quininique est ou non prescrit.

Dans les deux observations de Sorel, le traitement ne peut être appliqué, car, dès que le paludisme fut connu chez ces malades, leur évacuation sur un centre spécialisé fut ordonnée.

A la quinine, on peut adjoindre l'arsenic sous ses différentes formes, soit cacodylate, atoxyl, arrhénal ou même néosalvarsan suivant la méthode de Ravaut.

Le cacodylate donné à doses progressivement croissantes, a été particulièrement recommandé ces derniers temps.

Un tableau thérapeutique possible est le suivant:

Donner deux jours de la quinine (2 grammes par jour), deux jours, injections intra-fessières de cacodylate de soude (20 à 40 centigrammes), ainsi de suite pendant un mois, cesser pendant dix jours et reprendre.

Traitement local. — Lotions à l'alcool camphré.

Gilbert recommande, soit l'action continue de l'air chaud à 50° ou discontinue à 100°.

L'air chaud a plusieurs avantages, il est tout d'abord hyperémiant et permet de combattre l'asphyxie, il fait la rééducation des vaisseaux et enfin il est sédatif.

Si des accidents gangréneux surviennent le traitement chirurgical est indiqué, l'exérèse des parties atteintes s'impose toutefois, seulement si elle prend une marche envahissante rapide.

CONCLUSIONS

I. — Après la syphilis, le paludisme est un des facteurs les plus importants de la maladie de Raynaud.

II. — L'asphyxie locale des extrémités chez un paludéen nous paraît relever d'un processus d'artérite localisée sur les petits vaisseaux des extrémités.

III. — Tout malade présentant un syndrome de Raynaud d'origine palustre, est justiciable d'un traitement quininique associé ou non à l'arsenic.

BIBLIOGRAPHIE

Alamartine. — Etude sur le paludisme. *Soc. méd. armée d'Orient,* 1916.

Armand-Delille, Abrami et Paisseau. — Le paludisme macédonien. *Collection Horizon,* Masson.

Bassères. — Sur un cas d'asphyxie locale des extrémités chez un paludéen. *Arch. de méd. et de pharm. militaires,* 1910.

Garrigues. — Syncope et asphyxie locale. *Gaz. des hôp.,* 1901.

Gaucher. — Asphyxie locale. *Bull. Soc. franç. de dermatologie,* 1908.

Goubet. — Sur un cas de maladie de Raynaud. Th. Lille, 1914.

Hennecourt. — Trente cas de maladie de Raynaud chez les enfants. *Bull. méd. du Nord,* 1891.

Jeanselme. — L'asphyxie symétrique des extrémités. *Revue générale de clinique et de thérapeutique,* 1905.

Lagleyse. — Gangrène palustre. Th. Montpellier, 1870.

Laveran. — Traité du paludisme.

Léger. — Maladie de Raynaud d'origine palustre. *Bull. de la Soc. de path. exotique,* 1912.

Mouchet et Rataboul. — Un cas de mal. de Raynaud. *Toulouse médical,* 1907.

Mourson. — Des rapports de l'asphyxie locale des extrémités avec la fièvre intermittente. *Arch. de méd. navale,* 1880.

Pitron et Regnault. — Gangrène palustre. *Rev. et mém. méd. milit.,* 1836.

Remonchond. — Gangrène sym. des extrémités par cause infectieuse. *Belgique médicale,* 1906.

Renon, Faure et Labbé. — Gangrène sym. des extrémités. Soc. méd. des hôp., 1899.

Rey. — Asphyxie locale des extrémités chez un paludéen. *Arch. de méd. navale,* 1869.

Roque (G.). — Maladie de Raynaud et lésions cardio-vasculaires.

Van den Boschs. — Paludisme et chirurgie. Th. de Lyon, 1916.

Verdalle. — Asphyxie locale et gangrène des extrémités. *Bull. Soc. de méd. de Bordeaux,* 1882.

Variot. — Sur la maladie de Raynaud. *Gaz. des Hôp.,* 1912.

Verneuil et Petit. — Asphyxie locale et gangrène palustre. *Rev. de chirurgie,* 1883.

Bermande. — Traitement par les douches d'air chaud. *Bull. Soc. méd. hôp. de Paris,* 1909.

Berenguier. — Traité des fièvres intermittentes, 1865.

Bonnenfant. — Rôle étiologique de la tuberculose dans la maladie de Raynaud. Th. Paris, 1904.

Bourrely. — Asphyxie locale considérée comme un symptôme. Th. Paris, 1887.

Boy. — Traitement de l'asphyxie locale par la quinine. Th. Paris, 1881.

Brouardel et Gilbert. — Maladie de Raynaud. *Nouveau Traité de méd. et de thérapeutique.*

Basy. — Etiologie et pathogénie des phénomènes de Raynaud. Th. de Lyon, 1899.

Calmette. — Rapports de l'asphyxie locale des extrémités avec la fièvre intermittente. *Gaz. méd. de Paris,* 1876.

Courizet. — Syndrome de Raynaud et paludisme. Th. Toulouse, 1919.

Chevron. — Asphyxie locale et gangrène des extrémités dans les maladies infectieuses. Th. Paris, 1899.

Da Silva. — Gangrène palustre. *Arch. de méd. navale,* 1880.

Dufour. — Note sur la pathogénie des gangrènes des extrémités. *Bull. Soc. méd. des hôp.,* 1901.

Durozier et Calmette. — Maladie de Raynaud et paludisme. *Revue de méd. mil.,* 1877.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre: *Sur deux cas d'Asphyxie locale des extrémités chez les Paludéens.*

Par M. Emmanuel Imbert.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 9 février 1922.
Le Professeur,
DUCAMP.

Vu :
Montpellier, le 10 février 1922.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 10 février 1922.
Le Recteur,
Jules COULET.